Spital Interlaken Ihr Kontakt:
Institut für Anästhesie Telefon 033 826 27 49
und Intensivmedizin i.anaesthesie@spitalfmi.ch

■ **Patienten-Anästhesie-Fragebogen für ambulante Eingriffe**

Name, Adresse, Tel. bzw. Etikette

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern

Dieser Fragebogen gibt uns die Möglichkeit, vor dem Aufklärungsgespräch einen orientierenden Überblick über Ihren Gesundheitszustand zu verschaffen. Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an und unterstreichen Sie die entsprechenden Krankheiten. Wenn wir es für notwendig erachten, bieten wir Sie für unsere Sprechstunde auf. **Der ausgefüllte Fragebogen ist der Sekretärin direkt abzugeben oder uns zu senden.**

Operation/Intervention: **Operateur/-in**:

Datum: Grösse: cm Gewicht: kg

ja nein

☐ ☐ Fühlen Sie sich krank?
☐ ☐ Haben Sie Mühe, ohne Pause die Treppen von zwei Stockwerken hoch zu steigen?
☐ ☐ Waren Sie in den letzten Jahren schwer krank?
☐ ☐ Hatten Sie eine ungewöhnliche Reaktion (Allergie) gegen Medikamente wie Antibiotika (z.B. Penicillin etc.), Narkosemittel, Kontrastmittel, Jod, Latex, Gummi, Pflaster, Nickel, Nahrungsmittel?
☐ ☐ Leiden Sie unter erhöhter Blutungsneigung?

☐ Vermehrtes Nasenbluten ohne Ursache oder eine Nachblutung nach Zahnziehen?
☐ Vermehrte blaue Flecken ohne Verletzung (auch Rumpf)
☐ Längeres (> 5min) Nachbluten bei Schnittwunden, unerwarteter Blutverlust bei Operationen
☐ Auffällige Wundheilungsstörungen
☐ Blutungsneigung in der Blutverwandschaft wie Eltern/Geschwister

Zusatzfrage an Patientinnen: ☐ Verstärkte Regelblutung (> 7 Tage, > 7 Binden oder Tampon/Tag)

☐ ☐ Nehmen Sie Medikamente zur **Blutverdünnung, Blutplättchenhemmer** oder **pflanzliche Produkte?** (Ginkgo, Ginseng, Knoblauch)?

☐ ☐ Hatten Sie jemals eine Thrombose oder Embolie?

Leiden Sie unter:

ja nein

☐ ☐ Hohem Blutdruck (Hypertonie) oder niedrigem Blutdruck?
☐ ☐ Herzerkrankungen, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzfehler?
☐ ☐ Herzrhythmusstörungen, Herzstolpern, unregelmässigem Puls?
☐ ☐ Lungenerkrankungen, Asthma, chronischer Bronchitis?
☐ ☐ Magengeschwür, saurem Aufstossen, Erbrechen?
☐ ☐ Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)?
☐ ☐ Leberkrankheiten, Gelbsucht, Hepatitis, AIDS?
☐ ☐ Schilddrüsenerkrankungen, Nierenkrankheiten?
☐ ☐ Muskelerkrankungen, Muskelschwäche?
☐ ☐ Schwerem Rheuma (Gelenkrheuma, rheumatischem Fieber)?
☐ ☐ Rückenschmerzen, Ischialgien, Lähmungen?
☐ ☐ Hirndurchblutungsstörungen (Schwindel, Schlaganfall)?
☐ ☐ Epilepsie, Migräne, Depressionen?
☐ ☐ Allergien: Heuschnupfen, Ekzem, Bienengiftallergie usw.?

Bitte wenden

ja nein

☐ ☐ Haben Sie lockere Zähne, Prothesen, Stiftzähne, Jacketkronen, Veneers?
☐ ☐ Gab es bei Ihnen oder Ihren Blutsverwandten Zwischenfälle im Zusammenhang mit einer Narkose?
☐ ☐ Für Frauen: sind Sie möglicherweise schwanger?
☐ ☐ Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?

vom Patienten auszufüllen						vom Anästhesisten auszufüllen	
Medikamentenname	**Dosis**	morgens	mittags	abends	spät	Letzte Einnahme	Dosis

Wurden Sie bereits einmal operiert?

Was?	Wann?	Wo?

ja nein

☐ ☐ Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?
☐ ☐ Trinken Sie regelmässig Alkohol? Wenn ja, wie viel?
☐ ☐ Nehmen Sie regelmässig Drogen? Wenn ja, welche und wie oft?
☐ ☐ Haben Sie das Blatt: **«Wichtige Anästhesie-Informationen für Patienten»** bekommen?
☐ ☐ Haben Sie Fragen dazu oder gibt es bei Ihnen sonstige Besonderheiten?

Wie wünschen Sie das Anästhesieaufklärungs-Gespräch?

☐ **Telefonisch?** Unter welcher Nummer sind Sie nachmittags erreichbar?_____

oder

☐ **Sprechstunde im Spital?** Für die Sprechstunde werden Sie schriftlich aufgeboten.

Datum und Unterschrift:

Für Anästhesie-Abteilung:

☐ Patient für Sprechstunde aufbieten Datum …… Visum: ……

Spitäler fmi AG
Geschäftsleitung
Telefon +41 33 826 25 45
direktion@spitalfmi.ch

Etikette aufkleben oder ausfüllen

Name, Vorname

Adresse

PLZ/Ort

Geb. Datum

■ Datenschutz Information für die Patientenaufklärung

Sehr geehrte Patientin
Sehr geehrter Patient

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die Spitäler fmi AG Ihre Personendaten erhebt, speichert oder weiterleitet.

Die verantwortliche Stelle für die Bearbeitung Ihrer Personendaten und insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten ist die Spitäler fmi AG. Bei Fragen zum Datenschutz oder wenn Sie Ihre Rechte im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen möchten, dürfen Sie sich gerne an die Datenschutzstelle der Spitäler fmi AG wenden:
Spitäler fmi AG
Weissenaustrasse 27
3800 Unterseen
E-Mail: datenschutz@spitalfmi.ch
Webseite: www.spitalfmi.ch

Ihre routinemässig erfassten Personen- und Gesundheitsdaten der perioperativen Anästhesiebetreuung werden in pseudonymisierter Form an die Schweizer Fachgesellschaft für Anästhesiologie und Perioperative Medizin (SSAPM) gemäss deren Qualitätsprogramm A-QUA übermittelt. Dies geschieht zum Zweck der Erfüllung gesetzlicher Vorgaben, welche die Kliniken im Bereich Transparenz, Statistik, Benchmarking und Qualitätssicherung haben. Das Qualitätsorgan «Kommission für Daten und Qualität» der SSAPM hat Zugriff auf die pseudonymisierten Personendaten. Weiter haben Dritte nur Zugriff auf Ihre Personendaten im Auftrag der SSAPM im Falle des technischen Supports und des Softwaremanagements unter Einhaltung der Datensicherheit. Die Speicherung Ihrer Personendaten erfolgt verschlüsselt auf Servern von Microsoft Azure in der Schweiz. Es erfolgt kein Datentransfer ins Ausland. Ihre anonymisierten Personendaten werden solange gespeichert, wie sie für die Analyse und Qualitätssicherung notwendig sind. Die Auswertung der anonymisierten Daten kann zudem zu wissenschaftlichen Zwecken veröffentlicht und an Dritte übermittelt werden.
Sie haben das Recht Auskunft über Ihre von uns bearbeiteten Daten zu verlangen. Ihre einmal erteilte Einwilligung können Sie jederzeit gegenüber uns widerrufen. Dies hat zur Folge, dass wir die Datenbearbeitung, die auf dieser Einwilligung beruhte, für die Zukunft nicht mehr fortführen dürfen.

Hiermit bestätigen Sie:

Ich stimme zu, dass meine routinemässig erfassten pseudonymisierten Personen- und Gesundheitsdaten der perioperativen Anästhesiebetreuung zur Qualitätssicherung übermittelt sowie anonymisiert ausgewertet und für wissenschaftliche Zwecke veröffentlicht werden dürfen.

Ort, Datum	
Unterschrift	